

Incisión temporal en cirugía de catarata

Dr. José Miguel Varas (*)

Astigmatismo Inducido

- Inquietud permanente
- Puntos radiales, tangenciales, cortos, largos
- Sutura continua, sencilla o doble
- Puntos en "U", en "X"...
- Combinaciones

El astigmatismo inducido, resultante de la operación de Catarata, ha sido motivo de preocupación permanente de los oftalmólogos y se han propuesto a través del tiempo innumerables técnicas y variables operatorias.

Tradicionalmente la mayor atención se ha centrado en la manera de realizar la incisión y la sutura; las variantes quirúrgicas son incontables.

A la forma usual de colocar puntos separados, hay quienes proponen la sutura continua; algunos cirujanos, sencilla o doble (es decir de ida y vuelta). Hay quienes recomiendan colocar puntos en "U", en "X", y otras combinaciones de las figuras mencionadas.

Colgajo Conjuntival

- Base en limbo
- Base en Fórnix
- Puntos separados
- Continua
- Reposición Simple
- Coaptación con diatermia bipolar

La forma de realizar (u omitir) el colgajo conjuntival también se ha propuesto como elemento de importancia y la manera de suturarlo (o no suturado) también se ha considerado influyente en la cicatrización.

(*) Centro Oftálmico Varas Samaniego

Hemostasia

- Preventiva
- Dirigida
- Varilla de Vidrio
- Cauterio Eléctrico
- Diatermia Bipolar

Continuando el análisis, el efecto de la cauterización escleral para evitar el sangrado de la herida es indiscutiblemente uno de los elementos importantes capaces de modificar la estructura del colágeno y por lo tanto inducir efectos debilitantes en la esclera.

Algunos cirujanos prefieren la hemostasia preventiva para trabajar en un campo muy limpio.

Otros prefieren realizarla después del corte escleral sobre las boquillas sangrantes de los labios de la herida.

Con la idea de lograr hemostasia superficial necesaria sin afectar capas profundas, la escuela Barraquer emplea la varilla de vidrio calentada al mechero de alcohol.

Otros se avienen con el cauterio eléctrico por convección o por contacto.

La mayor parte de los cirujanos hemos cedido a la comodidad de la diatermia bipolar, habiendo quienes la usan en campo húmedo y otros sobre un campo profusamente irrigado.

Incisiones I

- Cornea
- Limbar
- Esclero - corneal
- Escleral en varios planos

- Tunelización

La incisión corneal directa ahorra la hemostasia y el sangrado pero exige una incisión mayor y una técnica de sutura más cuidadosa. La mayor parte de los cirujanos la practican solamente cuando hay una cirugía filtrante previa que no se quiere perturbar.

En relación al "limbo quirúrgico", las referencias cambian de cirujano en cirujano. Unos buscan de aproximarse a la córnea para tener menos sangrado y otros se alejan para tallar un bisel más largo.

Más atrás aún a tres o cuatro milímetros de la esclera el túnel escleral para la Facoemulsificación se ha convertido en el método de elección de quienes la practican. Indudablemente redunda en ventajitas en cuanto a la estabilidad de la cicatriz y la posibilidad de no poner puntos pero en América Latina es un método poco practicado, por su alto costo y por la elevada frecuencia de pacientes con cataratas maduras que llegan a nuestros servicios.

Incisiones II

- Pequeña
- Paralela
- Recta
- Convexa
- Cóncava
- Número de Puntos (12..9..7..5..1..0)

Dentro del campo de la cirugía extracapsular convencional, algunos cirujanos prefieren incisiones paralelas al limbo, otros de tendencia cóncava o convexa. Hay también quienes consideran el número de puntos con exagerada importancia.

Instrumento Cortante

- Cucharete de Von Graefe
- Hemiquerato y tijeras (J.I. Barraquer)
- Hoja de Afeitar
- Bisturí de Rubí, Zafiro, Diamante

En la incisión misma hay efectos variables de regularidad, longitud de bisel y atrición del tejido según el instrumento cortante que se emplee. Cada método debe ser compensado con una sutura apropiada para evitar los astigmatismos inducidos.

Tamaño de la Incisión

- Incisión Pequeña
- Túnel Escleral
- Facoemulsificación
- Facotripsia
- Lensectomía
- LIO moldeable

Como antes dijimos la incisión pequeña salva en razón geométrica la posibilidad de inducir astigmatismos. Además de la Facoemulsificación, la Facotripsia a pesar de su aspecto traumático va ganando adeptos por su simplicidad instrumental. No así la Lensectomía por Pars Plana, que si bien omite toda influencia de inducción astigmática, se aleja de la zona conocida y trajinada por el cirujano de polo anterior y en el mejor de los casos se practica sólo en casos especiales.

Por cierto, aunque se practique una técnica de incisión pequeña hace falta contar con un lente moldeable para no tener que ampliar la herida en el momento de implantar el LIO.

Material de Suturas

- Absorbibles
 - Catgut simple, crómico
 - Dexon, Vicril
- No absorbibles
 - Seda trenzada, Seda Virgen
 - Supramid, Mersilene
 - Acero, Prolene, Nylon

Abundante es la cantidad de material de sutura disponible, todos son interesantes pero históricamente se ha evolucionado de la seda al nylon este último sigue siendo el más aceptado por sus características elásticas, buena tolerancia y lar

empo de digestión.

Quitada de Puntos

Nunca
Siempre
A veces
Algunos
Todos
Al mes, dos meses...

El criterio de cortar y/o retirar puntos es muy scutido tanto en cuanto a su indicación como tiempo de hacerlo. La mayor parte de los cirunos esperamos de un mínimo de 6 semanas y lo hacemos sólo si se reconoce muy apretado y está curvando la córnea en su meridiano.

Criterios Aceptados

Incisión pequeña
Túnel Escleral, Incisión Recta
Colágeno escleral nunca logra restauración perfecta
Parpadeo + Edad = Astigmatismo CR

Todo lo dicho revela que aún hay desacuerdos y la mayor parte de los criterios para evitar astigmatismos inducidos por la cirugía. Pero resulta estimulante comprobar que ciertos principios se van reconociendo como verdaderos:

La incisión pequeña y el túnel escleral son grandes ventajas en la Facoemulsificación y la microfragmentación.

Para quienes aún no la practicamos, debe tenerse en cuenta que a pesar del cuidado que se ponga en la incisión y reconstrucción quirúrgica del coljijo escleral, el colágeno nunca logra restauración perfecta y junto con los cambios propios del envejecimiento tisular la córnea sufre un proceso indefinido de relajación con la consecuente aplanación en el meridiano de 90 grados. De por sí sólo la flacidez del párpado con el envejecimiento altera el equilibrio de fuerzas y lleva al ojo al astigmatismo "contra la regla".

Método Propuesto

- A falta de Facoemulsificador y LIO de inyección.
- Practicar incisión temporal
- Sencillo
- Seguro
- Barato

El método de control que proponemos es el de evitar la contribución al natural debilitamiento del meridiano vertical y a falta de un instrumento que nos permita operar la catarata por una incisión de menos de 4 mm., realizar la cirugía por el lado temporal.

A continuación, mostraré la evolución del astigmatismo postoperatorio en 50 casos de la Clínica Barraquer operados hace más de 5 años (Gráfico No. 1). Se presentan los promedios astigmáticos, de

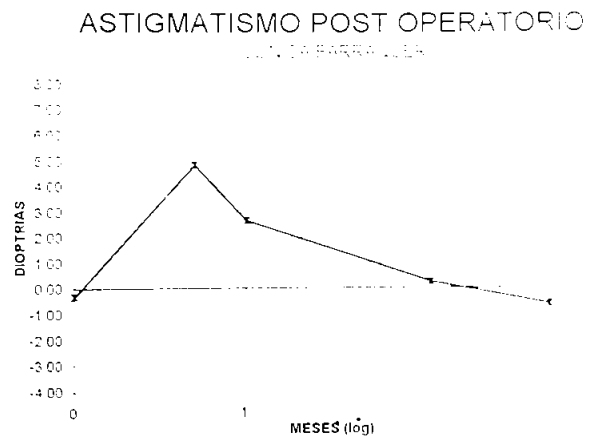


Gráfico No. 1: Gran efecto inicial de astigmatismo "con regla" y evolución posterior "contra la regla"

la resta del meridiano vertical menos el horizontal; valores positivos serán de astigmatismos "con la regla" y valores negativos, astigmatismos "contra la regla". En el eje horizontal meses de postoperatorio en escala logarítmica: el primer valor es el astigmatismo pre-operatorio y se documentan los valores a los 15 días, a los 12 meses y a los 60 meses, equivalente a 5 años. En el eje vertical dioptrías "con" y "contra la regla". La línea gris punteada representa una desviación standard. En este grupo se empleó hemostasia preventiva

con varilla de vidrio calentada al mechero de alcohol. Nótese el gran efecto inicial "con la regla" a los 15 días de postoperatorio y la declinación "contra la regla", documentada hasta 5 años después.

En casos de mi experiencia personal con técnica quirúrgica semejante, pero empleando hemostasia preventiva con cauterio bipolar, hay menor grado de astigmatismo inicial pero a los cinco años la elongación del meridiano vertical es mayor y por tanto el consecuente astigmatismo "contra la regla" (Gráfico No. 2). Esta experiencia de otro autor (Gráfico No. 3). Aunque existen muchas variables que no hemos considerado en esta presentación, tales como la edad, ametropía, raza, sexo, etc., en todos los reportes de la bibliografía revisada se menciona que los pacientes desarrollan con el tiempo astigmatismo "contra la regla" y que el proceso no termina al cabo de pocos meses de postoperatorio como antes se preconizaba.

ASTIGMATISMO POST OPERATORIO

CENTRO OPTALMICO VARAS SAMANIEGO

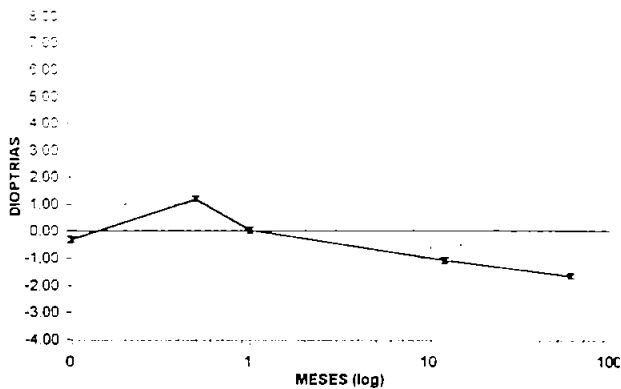


Gráfico No. 2: Menor astigmatismo inicial postoperatorio y evolución posterior hacia un mayor astigmatismo "contra la regla".

en esta presentación, tales como la edad, ametropía, raza, sexo, etc., en todos los reportes de la bibliografía revisada se menciona que los pacientes desarrollan con el tiempo astigmatismo "contra la regla" y que el proceso no termina al cabo de pocos meses de postoperatorio como antes se preconizaba.

Por último esta es la documentación preliminar

ASTIGMATISMO POST OPERATORIO

TALAMO JH (J.CAT REFRCT SURG - MAY/91)

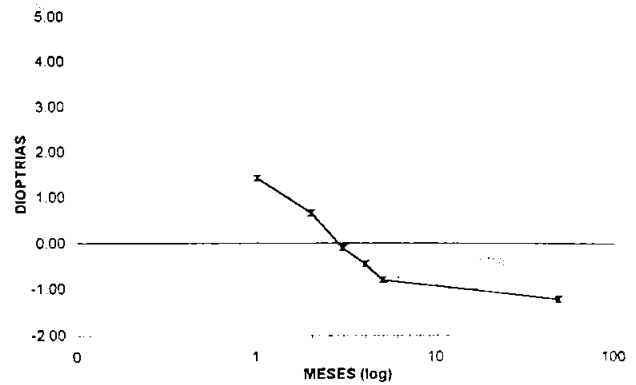


Gráfico No. 3: Experiencia de otro autor.

de 10 pacientes operados con incisión temporal. A pesar de lo pequeño de la muestra, nótese la poca variación postoperatoria. El astigmatismo inicial inducido, en este caso "contra la regla" se controla fácilmente retirando puntos después de los 2 meses. Resultados posteriores serán presentados en el próximo Foro Oftalmológico (Gráfico No. 4).

ASTIGMATISMO POST OPERATORIO

CENTRO OPTALMICO VARAS SAMANIEGO

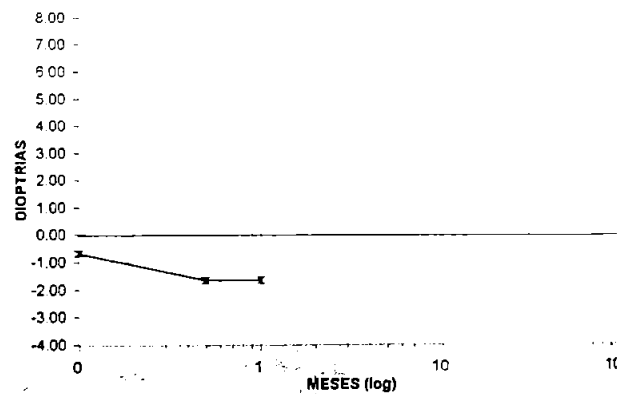


Gráfico No. 4: Incisión temporal. Astigmatismo inicial "contra la regla" que cede la retirar puntos.